



como paciente hospitalizado  
en el estado de Nueva York

# Sus Derechos



Guarde este folleto como referencia.

Revíselo con cuidado y comparta la  
información con su familia y los amigos  
que participan en su cuidado.

Guarde este folleto como referencia. Revíselo con cuidado y comparta la información con su familia y los amigos que participan de su cuidado.

El gobierno estatal y el federal requieren que a todos los pacientes internados en hospitales del estado de Nueva York se les proporcione cierta información y materiales cuando se los admite en dichos hospitales. Este folleto recopila esa información en un sólo lugar, explica los derechos de cada paciente internado y contiene consejos para los pacientes sobre cuál es la mejor manera de obtener ayuda.

El folleto se divide en dos secciones:

- La primera sección de este folleto explica los derechos de cada paciente internado en el estado de Nueva York. También contiene un Glosario para ayudarlo a comprender los términos que se usan comúnmente en el hospital.
- La segunda sección proporciona documentos que la ley requiere que los hospitales le suministren a todos los pacientes mientras estén internados en un hospital del estado de Nueva York.

# Contenidos

<b>Acerca de sus derechos</b> .....	2
Acerca de sus necesidades especiales .....	2
Preocupaciones/Problemas/Quejas sobre su atención hospitalaria.....	3
Si usted piensa que le piden que deje el hospital demasiado pronto.....	4
Usted tiene el derecho de presentar una queja sobre:	
Los doctores o asistentes de los médicos.....	5
Otros profesionales médicos .....	5
Preguntas o quejas acerca de su cuenta hospitalaria o seguro médico.....	6
Acceso a su historia clínica .....	7
Glosario.....	8
<b>Regulaciones e información</b> .....	12
Derechos de los pacientes .....	13
Un mensaje importante acerca de sus derechos como paciente internado (para pacientes sin Medicare).....	14
Nota de internación para pacientes con Medicare .....	16
Mensaje importante de Medicare .....	17
Planificación previa de su tratamiento médico .....	18
Decidir sobre su resucitación cardiopulmonar (RCP) .....	19
Orden de no resucitar (DNR) — Guía para pacientes y familias .....	20
Elegir a su agente médico - Ley de Apoderados del estado de Nueva York .....	23
Formulario de apoderados para la atención médica .....	29
Carta del Departamento de Salud del estado de Nueva York (sistema de recolección de datos SPARCS).....	31
Información sobre maternidad .....	32
Violencia doméstica: Nota para los pacientes de cuidados prenatales y maternidad .....	33
Violencia doméstica: Nota de los derechos de las víctimas .....	35

# Acerca de sus derechos

**Como paciente de un hospital del estado de Nueva York, usted tiene ciertos derechos y protecciones que están garantizados por las regulaciones y leyes estatales y federales.** Estas leyes y regulaciones ayudan a asegurar la calidad y seguridad de la atención hospitalaria. Para ayudarlo a entender sus derechos, el Departamento de Salud del estado de Nueva York ha elaborado este folleto.

Mantenga este folleto para referencia. Revíselo cuidadosamente y comparta la información con su familia y amigos que participen de su atención médica.

Usted tiene el derecho de participar en la toma de decisiones sobre su atención médica y de comprender lo que se le está diciendo sobre su cuidado médico y tratamiento. Por ejemplo, usted tiene derecho a que le den una explicación clara de sus exámenes, tratamientos y las drogas que se le recetan. No dude en hacer preguntas sobre su doctor, enfermera o personal hospitalario. Usted tiene el derecho a saber lo que está sucediendo.

**Cada paciente es único, cada hospital es diferente. Es importante saber cuáles son los derechos específicos** que le corresponden y qué hacer si necesita ayuda. Algunos derechos y protecciones, como los que rigen cuando usted deja el hospital, dependen de que le manden notificaciones escritas apropiadas. También se le brindará información que explica cuándo y dónde llamar o escribir si necesita ayuda.

**Si tiene algún problema o si no entiende algo, hable con su enfermera, doctor, trabajador social o alguna persona que se encargue de asistir a los pacientes.**

## **Ellos pueden:**

- ayudarle a encontrar respuestas;
- arreglar ayuda especial;
- comunicarse con su familia;
- conseguir intérpretes de idiomas extranjeros y de señas; y
- generalmente hacer que su estadía en el hospital sea menos complicada.

---

## **Acerca de sus necesidades especiales**

**Cada hospital debe tener personal disponible para explicar o responder preguntas sobre sus derechos y suministrarle información sobre cómo proteger esos derechos.**

- Si usted tiene alguna discapacidad visual o auditiva, o si su idioma nativo no es el inglés, se le deben suministrar intérpretes cualificados para que lo ayuden. Se le deben suministrar traducciones o transcripciones de los formularios, instrucciones e información importantes del hospital si usted siente que los necesita.

**Pero usted debe decir las cosas y hacer preguntas.**

Usted puede comunicarse con la persona encargada de asistir pacientes antes de ingresar al hospital para asegurarse de que se hayan hecho los arreglos especiales antes de que llegue allí.

- Si tiene alguna pregunta acerca de la información que contiene este folleto, o si siente satisfecho, pídale a la persona encargada de asistir pacientes o al personal del hospital que le expliquen más o comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Nueva York (vea página 3).

# **Preocupaciones/Problemas/Quejas Acerca de la atención hospitalaria Si**

Inquietudes/problemas/quejas sobre su atención hospitalaria

Si usted tiene una inquietud, problema o queja relacionados con cualquier aspecto de la atención durante su hospitalización, hable con su médico, enfermera o miembro del personal del hospital. En la eventualidad de que el personal del hospital no resuelva el problema, usted puede contactarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York por correo o telefónicamente.

Puede llamar al número gratuito 1-800-804-5447 o puede presentar una queja por escrito y enviarla a:

New York State Department of Health  
Centralized Hospital Intake Program  
433 River Street 6th Floor  
Troy, New York 12180

Preguntas o comentarios: [hospinfo@health.state.ny.us](mailto:hospinfo@health.state.ny.us)

# Si piensa que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto . . .

**Tiene el derecho de apelar las decisiones** que haya tomado su doctor, personal del hospital o su plan médico:

- acerca de cuándo va a dejar el hospital;
- si se siente que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto;
- si piensa que no le han dado tratamiento adecuado o apropiado para su atención médica y otros servicios que usted pueda necesitar después de dejar el hospital; o
- si los servicios que necesita no se encuentran disponibles.

La ley establece que usted debe recibir una notificación **por escrito** con anticipación en la que se indique:

- la fecha en la que el doctor o el hospital planean darle de alta;
- cómo apelar si usted desea permanecer en el hospital; y
- un número especial para llamar si tiene problemas relacionados con su alta en el hospital.

Ver página 14 para más información.

---

## Si necesita asistencia o ayuda

Hay un agente profesional revisor independiente (IPRA, por sus siglas en inglés) para su área y su cobertura de seguro. Si necesita asistencia/ayuda del IPRA, el hospital le proporcionará un número de teléfono o persona con quien comunicarse. Ver páginas 9 y 15 para más información.

---

## Para pacientes con Medicare solamente

Si siente que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto y no ha recibido la notificación con la fecha en la que debe dejar el hospital con suficiente tiempo, solicite su notificación de alta (también llamada Notificación de falta de cobertura emitida por el hospital o HINN, por sus siglas en inglés). Si usted tiene cobertura de Helthcare Maintenance Organization, solicite una Notificación de alta y derechos de apelación de Medicare (NODMAR, por sus siglas en inglés). Usted debe poseer esta notificación de alta por escrito para poder apelar la decisión del doctor y del hospital sobre cuándo dejar el hospital. Vea un “Mensaje importante de Medicare” en la página 17 para obtener una explicación completa.

---

## Para pacientes con atención médica administrada

Si usted es un paciente que tiene un plan de atención médica administrada o HMO, primero solicite o presente una apelación acelerada a la HMO o comité de revisión de utilización del plan si siente que se le negaron o limitaron injustamente sus beneficios, o si se le pide que deje el hospital demasiado pronto, o que se le han excluido inapropiadamente de su cobertura, servicios que sean necesarios médicamente. Si usted no está satisfecho con el resultado de la solicitud de apelación, puede comunicarse con el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al: **1-800-206-8125**.

La Ley de Servicios médicos administrados de 1996 modifica la Ley de Salud pública 4408, Liberación de información.

# Usted tiene el derecho de presentar un reclamo sobre

## • Médicos o auxiliares médicos

Si usted siente que ha recibido atención incompetente, negligente o fraudulenta por parte de su doctor o alguno de sus asistentes, puede presentar un reclamo en el Departamento de Salud del estado de Nueva York, Oficina de Conducta Profesional Médica (OPMC, por sus siglas en inglés). OPMC investiga todos los informes de posibles problemas en la conducta de médicos o de auxiliares médicos. Los informes deben incluir el nombre completo y la dirección del médico o auxiliar médico y toda la información relevante. Los informes deben presentarse por escrito en:

**New York State Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct  
Hedley Park Place, Suite 303  
433 River Street  
Troy, New York 12180-2299**

Para obtener más información u obtener un formulario de quejas, llame al **1-800-663-6114** o visite el sitio web del Departamento de Salud [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us).

Los informes son confidenciales. Una investigación puede resultar en una audiencia formal delante del comité de la Junta de conducta profesional médica. La Junta está formada por médicos y miembros consumidores elegidos por el Comisionado de Salud.

Vea la página 10 del Glosario para encontrar ejemplos de “Problemas en la conducta profesional médica” por parte de un doctor o auxiliar médico.

## • Otros profesionales médicos

Si se siente que ha recibido atención incompetente, negligente o fraudulenta por parte de algún otro profesional médico licenciado, como enfermeras, dentistas, trabajadores sociales, optometristas, psicólogos, terapeutas físicos u ocupacionales y podólogos, usted puede presentar una queja comunicándose con:

**New York State Education Department  
Office of Professional Discipline  
475 Park Avenue South  
2<sup>nd</sup> Floor  
New York, New York 10016  
1-800-442-8106**

# Preguntas o quejas sobre la factura del hospital o el seguro médico

- Como paciente del hospital, usted tiene derecho a que le den una factura desglosada.
- La factura de su hospital puede contener un cargo llamado “recargo.” Estos recargos dan fondos a programas públicos importantes y han existido en años anteriores, aunque no hayan aparecido como cargos separados en la factura. Los recargos representan un monto a pagar adicional en los totales de las facturas hospitalarias del estado de Nueva York y, dependiendo de su contrato con el seguro médico, la ley del estado de Nueva York permite que se le cobre una parte de estos cargos.
- Los hospitales negocian los honorarios de pago con las compañías de seguro, las HMO y otros tipos de planes médicos administrados, así también como grupos de auto seguro y compañías de seguro comercial. Estos honorarios pueden variar. Comuníquese con su compañía de seguro médico si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura médica.

**• Si tiene preguntas sobre su cobertura médica, los servicios facturados o montos abonados, comuníquese con la oficina de cobros del hospital y su seguro para resolver cualquier pregunta o problemas que usted pueda tener.**

---

## Para pacientes con Medicare

Si usted es un paciente con cobertura de Medicare y tiene preguntas acerca de la factura del hospital, llame a la oficina de Medicare:

**1-800-633-4227**

---

## Para pacientes con atención médica administrada

Si usted está anotado en un plan de atención administrada y está teniendo problemas para recibir atención médica o siente que su asistencia no es satisfactoria, usted puede quejarse con su plan. El manual del plan médico DEBE decirle cómo quejarse y cómo obtener una revisión inmediata. Si no está satisfecho con la respuesta de la HMO o el plan, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Nueva York al:

**1-800-206-8125**

Los beneficiarios del servicio administrado de Medicare pueden llamar a la línea de quejas de beneficiarios de IPRO o a su HMO en relación a la calidad de temas de asistencia médica.

**1-800-331-7767**

# Acceso a su historia clínica

**La ley del estado de Nueva York requiere que todos los que proveen servicios médicos y las instituciones permitan el acceso de los pacientes a sus propias historias clínicas.** La

Sección 18 de la Ley de Salud pública contiene procedimientos para facilitar el acceso de estas historias clínicas y las condiciones bajo las cuales el profesional médico puede negar dicho acceso. Los pacientes pueden solicitar información, por escrito, como así también los padres o tutores que hayan autorizado los servicios médicos para su hijo.

Si usted **desea ver** la historia clínica, pídasela a su doctor o al director de la oficina de expedientes médicos del hospital. La ley del estado de Nueva York le garantiza la oportunidad de revisar su historia clínica dentro de los 10 días de presentar su solicitud escrita.

Si **desea tener una copia** de su historia clínica, debe presentar una solicitud por escrito al hospital. Dirija la solicitud al

Director de la Oficina de Expedientes Médicos del hospital. Si solicita una copia de su historia clínica, el hospital puede cobrarle hasta 75 centavos por página.

Si el hospital no reconoce o no toma medidas con respecto a su solicitud, usted puede presentar una queja al Departamento de Salud llamando al 1-800-804-5447.

**Si le han denegado acceso** a todo o parte de su historial clínico, puede presentar una apelación al Comité de Revisión para el Acceso a Historiales Clínicos (Medical Records Access Review Committee) del Departamento de Estado de Nueva York. El hospital y/o médico debe proporcionarle un formulario (DOH-1989) que indica los motivos de la denegación y ofrece información sobre este proceso de apelación.

# Glosario

## **Instrucciones previas —**

Las instrucciones por adelantado son directivas verbales o escritas que usted da antes de contraer una enfermedad o lesión que lo puede imposibilitar (ver página 18). Las instrucciones previas comunican sus deseos acerca del tratamiento que va a recibir si usted está muy enfermo o está imposibilitado para tomar decisiones respecto de su atención médica. Las instrucciones previas incluyen pero no se limitan a un **poder para atención médica**, un consentimiento con **instrucciones de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés)** que consten en su historia clínica o **documento de voluntades anticipadas**.

## **Resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) —**

CPR es un procedimiento médico utilizado para reanimar el corazón y los pulmones de un paciente cuando la respiración o la circulación paran (ver página 20).

## **Grupos relacionados de diagnósticos (DRG, por sus siglas en inglés) —**

El sistema de grupo relacionado de diagnóstico (DRG) categoriza en aproximadamente 600 grupos toda la gama de razones por las cuales la gente es internada y determina el monto que la compañía de seguro médico le va a abonar al hospital. El sistema DRG se basa en el costo promedio del tratamiento para un paciente en el mismo segmento de edad, al que se le diagnostica la misma enfermedad o alguna similar y que necesita el mismo tipo de tratamiento. Por ejemplo, se paga un monto para pacientes con neumonía y otro monto diferente para pacientes con la cadera quebrada. Considera los gastos de un hospital, los costos regionales, la inflación y las necesidades de los pacientes. El

Departamento de Salud del estado de Nueva York ha desarrollado tarifas de pagos de Medicaid y Compensación para los Trabajadores/*No Fault* para cada DRG dentro del mismo hospital. **Esto no limita la cantidad de días que un paciente puede quedarse en el hospital.** La duración de su estadía depende sólo de su estado médico. (Nota: Ciertas unidades e instituciones de especialidades no usan DRG.)

## **Notificación de alta —**

La notificación de alta de un hospital del estado de Nueva York debería incluir información sobre la fecha de alta y cómo apelar si usted no está de acuerdo con esta notificación. Todos los pacientes deben recibir una notificación de alta **por escrito** 24 horas antes de que dejen el hospital (excepto los pacientes de Medicare que reciben una copia de “Un mensaje importante de Medicare”). **Los pacientes de Medicare deben solicitar una notificación de alta por escrito (también llamada Notificación de no cobertura emitida por el hospital o HINN) si no están de acuerdo con el alta.** Si así se lo solicita, se debe dar la notificación. Una vez que se suministra la notificación y si el paciente de Medicare no está de acuerdo con la misma, se puede comenzar el proceso de apelación.

## **Plan de alta —**

Todos los pacientes (incluso los pacientes de Medicare) en los hospitales del estado de Nueva York deben recibir un **plan de alta por escrito** antes de dejar el hospital. Este plan debería describir los arreglos para todos los servicios médicos que usted pueda necesitar después de dejar el hospital. **Los servicios necesarios que se describen en este plan deben suministrarse o estar disponibles antes de que deje el hospital.**

### **Planificación del alta —**

La planificación del alta es el proceso a través del cual el personal del hospital trabaja con usted y su familia o alguien que actúa en su nombre para preparar y hacer los arreglos para su cuidado médico una vez que deja el hospital. Este cuidado puede proporcionarlo usted mismo, miembros de su familia, asistencia médica en el domicilio, o internación en otra institución médica. La planificación del alta incluye la evaluación y la identificación de lo que va a necesitar cuando deje el hospital y el plan para que los cuidados apropiados satisfagan esas necesidades cuando le den el alta.

### **Se le debe proporcionar un plan por escrito antes de que deje el hospital.**

La planificación del alta habitualmente abarca al paciente, los miembros de la familia o la persona que usted designe para que actúe en su nombre, su doctor y un miembro del personal del hospital. Algunos hospitales tienen personal a los que llaman “planificadores de alta”. En otros hospitales, una enfermera o trabajador social lo pueden ayudar con la planificación del alta.

### **Instrucciones de no resucitar (DNR) —**

Si lo solicita, se pueden incluir instrucciones de DNR en su expediente médico. Da instrucciones al personal médico de no tratar de revivirlo si usted no respira o no tiene latidos cardíacos. Esto significa que los doctores, enfermeras, y otros profesionales médicos no comenzarán procedimientos de emergencias tales como resucitación boca a boca, compresión externa en el pecho, choques eléctricos, inserción de un tubo para abrir las vías respiratorias, inyecciones de medicamentos en su corazón o abrir su pecho. Según la ley del estado de Nueva York, todos los pacientes adultos pueden solicitar un pedido de DNR verbalmente o por escrito si dos

testigos están presentes. Además, la Ley de Apoderados en la atención médica le permite elegir una persona para que tome decisiones sobre DNR y otros tratamientos si usted no puede hacerlo.

### **Formulario de Apoderados en la atención médica —**

El estado de Nueva York tiene una ley que le permite elegir a alguien en quien confía, por ejemplo, un familiar o amigo cercano para que sea su Representante de servicios médicos, para que decida sobre su tratamiento si usted pierde la capacidad de decidir por sí mismo. Usted también puede usar este formulario para indicar sus deseos relacionados con la donación de órganos en caso de fallecimiento (ver página 23).

### **Agentes profesionales revisores independientes (IPRA, por sus siglas en inglés) —**

Estos agentes revisores administran las apelaciones que presentan los pacientes que tienen Medicaid, compañías privadas de seguro o aquellos que no tienen ningún seguro médico si están teniendo problemas para obtener la atención que necesitarán después de que le den el alta en el hospital. Por ejemplo, un IPRA revisaría las historias clínicas de pacientes a los que les dieron el alta antes de que estuvieran listos medicamente, y si no se ha realizado la planificación adecuada del alta o si no hubo disponibilidad de servicios adecuados.

### **IPRO -**

Esta es la organización de mejoramiento de calidad que ha contratado el gobierno federal y estatal para revisar la atención hospitalaria que se brinda a pacientes de Medicare y Medicaid en el estado de Nueva York.

- Esta es la agencia a la que deben llamar los **pacientes de Medicare** si se les ha dado el alta del hospital demasiado

pronto. Llame al número gratis 1-800-446-2447 ó 1-516-326-6131.

Si tiene quejas acerca de la calidad de la atención médica que recibe como paciente de Medicare, llame a la línea gratis de ayuda de Medicare al 1-800-331-7767.

- IPRO también trabaja con el Departamento de Salud del estado de Nueva York para realizar la revisión de la atención hospitalaria que se le brindó a la gente que califica para Medicaid. Esta es la agencia a la que deben llamar los **pacientes de Medicaid** si piensan que les han dado de alta del hospital demasiado pronto. Llame gratis al 1-800-648-4776, ó 1-516-326-6131.

Los pacientes de Medicare y Medicaid también pueden escribir IPRO a:

1979 Marcus Avenue  
Lake Success, New York 11042

### **Documento de voluntades anticipadas—**

Un documento de voluntades anticipadas es un documento escrito que expresa por adelantado las directivas y elecciones específicas acerca de varios tipos de tratamientos médicos y ciertas afecciones médicas. Los documentos de voluntades anticipadas pueden reconocerse como prueba de sus deseos (si tales deseos se expresan de forma clara y convincente) si usted está gravemente enfermo o no puede comunicarse.

### **Atención médica administrada —**

La atención médica administrada se refiere a la forma en que se organiza y se paga la atención médica de un individuo (o de un miembro de su familia). Mientras que las HMO son los planes de atención médica administrada más conocidas, hay varios tipos más. Si usted participa en un plan de atención administrada, el acceso que tiene a los servicios médicos está coordinado por el plan o el profesional

médico de cabecera. Por lo tanto, usted debería comprender cómo, cuándo y dónde puede obtener servicios médicos, de acuerdo con las reglas y beneficios de su plan. Lea la información de inscripción de su plan cuidadosamente y hágale preguntas al agente de su plan para estar seguro de que comprende sus beneficios, derechos y responsabilidades.

### **Medicaid**

(Sección XIX de la Ley de Seguridad Social)

— Medicaid es un programa federal, financiado por los gobiernos federales, estatales locales, con la intención de suministrar servicios de atención médica para las personas carenciadas, específicamente para aquellos que cumplen con ciertos requisitos de calificación, como el nivel de ingresos.

### **Problemas en la conducta médica —**

Si usted siente que ha recibido atención médica insuficiente o mala (atención incompetente, negligente o fraudulenta) por parte de su doctor o auxiliar médico, usted puede presentar un reclamo en el Departamento de Salud del estado de Nueva York. La ley establece que los médicos y otros profesionales de la salud, deben reportar si se sospecha que existen problemas de conducta médica.

Algunos ejemplos de problemas de conducta son:

- practicar la profesión de forma fraudulenta, o con incompetencia grosera o negligencia;
- practicar mientras se esté imposibilitado debido al consumo alcohol, drogas, tener discapacidades físicas o mentales;
- haber sido condenado por un delito;
- negarse a suministrar servicios médicos por raza, creencias, color u origen étnico;

- garantizar que se va a lograr una cura debido al suministro de servicios médicos;
- no proporcionar copias de rayos X o expedientes médicos al paciente o a otro médico, si el paciente presenta una solicitud escrita;
- presentar o elaborar un informe falso a sabiendas, o no presentar un informe requerido por ley o hacer que otra persona así lo haga;
- acosar, abusar o intimidar a un paciente a sabiendas;
- solicitar exámenes o tratamientos en exceso;
- promover la venta de servicios, mercadería, dispositivos o drogas de manera que se explote al paciente;
- abandonar a un paciente o negarle tratamiento cuando necesita atención médica inmediata.

### **Medicare**

(Sección XVIII de la Ley de Seguridad Social)

---

Medicare es un programa federal, administrado por el gobierno federal, que paga parte de los costos de los servicios médicos para gente de 65 años o mayor o quienes sean discapacitados. La cualificación se basa solamente en la edad o discapacidad.

### **Representante de pacientes —**

El representante de pacientes es un miembro del personal hospitalario que sirve como enlace entre el paciente, la familia, los doctores y otros empleados del hospital. El representante de pacientes debería estar disponible para contestar preguntas sobre los procedimientos hospitalarios, ayudar con necesidades especiales o preocupaciones y ayudar a resolver problemas. El representante de pacientes está familiarizado con los servicios hospitalarios y lo ayudará. Los servicios que brinda el representante de pacientes son gratis.

### **Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) —**

QIO son las agencias responsables de la revisión continua de la atención médica hospitalaria que se le suministra a la gente que califica para Medicare. En el estado de Nueva York, la QIO es IPRO (ver página 9).

### **Revisión de la utilización de servicios —**

La revisión de utilización es el proceso donde se evalúan la necesidad, efectividad y corrección de la atención. Este proceso lo realiza un comité de revisión de utilización hospitalaria (UR, por sus siglas en inglés), una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) (ver QIO), una agencia pública (departamento de salud, por ejemplo) o una organización independiente.

# Regulaciones e información

Esta sección presenta cada documento que la ley establece que usted reciba como paciente internado en un hospital del estado de Nueva York.

## Derechos de los pacientes

Declaración de derechos de los pacientes .....	13
Un mensaje importante acerca de sus derechos como paciente de un hospital (para pacientes que no tienen cobertura de Medicare) .....	14
Notificación de admisión para pacientes de Medicare .....	16
Mensaje importante de Medicare .....	17

## Instrucciones previas—Autodeterminación

Planificación anticipada de su tratamiento médico (Resumen de la política de la institución sobre instrucciones previas). .....	18
Decidir sobre la Resucitación cardiopulmonar (CPR): Instrucciones de no resucitar (DNR)— Guía para pacientes y familias .....	20
Elegir un agente para la atención médica-Ley de Apoderados en el estado de Nueva York ..	23
Formulario de Apoderados en la atención médica .....	29

## Recolección de datos

Carta del Departamento de Salud del estado de Nueva York (explica el sistema de recolección de datos SPARCS) .....	31
---	----

## Información que debe suministrarse al momento de la reservación si usted es paciente de maternidad:

Información sobre maternidad .....	32
------------------------------------	----

## Violencia doméstica

Notificación para pacientes prenatales y de maternidad .....	33
Notificación de los derechos de las víctimas .....	35

## Información que debe suministrarse antes de que deje el hospital:

- **Todos** los pacientes deben recibir un plan de alta por escrito.
- Los pacientes de **Medicare** reciben una copia del “Mensaje importante de Medicare” y pueden solicitar la notificación del alta llamada Notificación de No Cobertura emitida por el hospital (HINN), también llamada Notificación de Rechazo de Estadía Continua, si están en desacuerdo con el alta.
- **Todos** los otros pacientes deben recibir una notificación de alta del hospital.

**Si tiene problemas para comprender la información o tiene preguntas acerca de estos materiales, pídale una aclaración al personal del hospital. ¡Es su derecho!**

# Declaración de derechos de los pacientes

**Como paciente de un hospital del estado de Nueva York, usted tiene el derecho, según la ley, a:**

- (1) Comprender y utilizar estos derechos. Si por alguna razón, usted no entiende o necesita ayuda, el hospital DEBE ayudarlo, incluso brindarle los servicios de un intérprete.
- (2) Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen, discapacidad, orientación sexual, o fuente de pago.
- (3) Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin que haya limitaciones innecesarias.
- (4) Recibir atención médica de emergencia si lo necesita.
- (5) Que se le informe el nombre y el cargo del doctor que lo va a atender en el hospital.
- (6) Saber los nombres, cargos y funciones de todo el personal hospitalario que participe de su cuidado y rehusarse a recibir su tratamiento, exámenes u observación.
- (7) Tener una habitación para no fumadores.
- (8) Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- (9) Recibir toda la información que necesita para dar consentimiento informado para la realización de un procedimiento o tratamiento. Esta información debe contener los riesgos posibles y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- (10) Recibir toda la información que necesita para dar consentimiento informado para dar instrucciones de no resucitarlo. Usted también tiene el derecho de designar a una persona para que de el consentimiento por usted en caso de que se encuentre demasiado enfermo para hacerlo. Si le gustaría recibir más información, por favor, solicite una copia del folleto “Pedido de no resucitar— Guía para pacientes y familias”.
- (11) Rechazar tratamiento y que se le informe cuál es el efecto que este puede tener en su salud.
- (12) Rechazar ser parte de un estudio de investigación. Al decidir si quiere participar o no, usted tiene el derecho de que se le de toda la información disponible.
- (13) Tener privacidad mientras se encuentra en el hospital y confidencialidad de toda la información y de los expedientes relacionados con su caso.
- (14) Participar en todas las decisiones acerca de su tratamiento y alta del hospital. El hospital debe suministrarle por escrito un plan de alta y una descripción de cómo apelar su alta.
- (15) Revisar su historia clínica sin cargo alguno. Obtener una copia de su historia clínica por la cual el hospital puede cobrarle un precio razonable. A usted no se le puede denegar una copia solamente porque no puede pagarla.
- (16) Recibir una factura desglosada y una explicación de todos los cargos.
- (17) Quejarse sin tener miedo a represalias acerca del cuidado y servicios que está recibiendo y hacer que el hospital le responda, y si es que así usted lo solicita, una respuesta por escrito. Si usted no está satisfecho con la respuesta del hospital, puede quejarse al Departamento de Salud del estado de Nueva York. El hospital debe suministrarle el número de teléfono del Departamento de Salud del estado.
- (18) Autorizar a los miembros de su familia y a otros adultos a los que se les dará prioridad de visita conforme usted tenga la capacidad de recibir visitas.
- (19) Hacer conocer sus deseos con relación a lo que quiere hacer con sus órganos. Usted puede documentar sus deseos en su poder para la atención médica en una tarjeta de donante que se encuentra disponible en el hospital.

# Mensaje importante acerca de sus derechos como paciente hospitalizado

## Sus derechos mientras está internado en un hospital

Usted tiene el derecho a recibir toda la atención médica que necesita para el tratamiento de su enfermedad o lesión. La fecha de su alta se determina sólo según **SUS** necesidades médicas, no según la categoría DRG o su seguro médico.

Usted tiene el derecho de que se le dé toda la información que afectan las decisiones de su cuidados médicos y su cobertura médica. **HAGA PREGUNTAS.** Usted tiene el derecho de designar a un representante que actúe en su nombre.

Usted tiene el derecho de saber sobre su enfermedad. Hable con su doctor acerca de su enfermedad y sus necesidades para el cuidado médico. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre los servicios hospitalarios, la fecha de su alta o el plan de alta, consulte con su doctor o el representante del hospital (como enfermera, trabajador social o planificador de altas.)

Antes de que se le dé de alta, usted debe recibir un NOTIFICACIÓN DE ALTA y un PLAN DE ALTA por escrito. Usted o su representante tienen el derecho de participar en la planificación de su alta.

Usted tiene el derecho de apelar el plan de alta escrito o la notificación que recibe del hospital.

## Si usted piensa que le están dando el alta del hospital demasiado pronto

Asegúrese de haber recibido la notificación escrita de alta que el hospital debe darle. Usted necesita esta notificación de alta para poder apelar.

Esta notificación va a decir a quién llamar y cómo apelar. Para evitar cargos adicionales usted debe llamar antes de las 12 del día siguiente al que recibió la notificación. Si usted se pasa de la hora, todavía puede apelar. Sin embargo, puede que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital, si usted pierde la apelación.

## Planes de alta

Además del derecho de apelar, usted tiene derecho a recibir un plan de alta escrito que describe los arreglos para el tratamiento médico futuro que pueda necesitar después del alta. A usted puede no dársele el alta hasta que el hospital le asegure o determine que los servicios requeridos en su plan de alta escrito tengan una disponibilidad razonable. Usted también tiene el derecho de apelar este plan de alta.

---

## **Derechos de los pacientes\***

En este momento se le debe proporcionar una declaración general de sus derechos adicionales como paciente.

---

## **Si necesita asistencia o ayuda**

El agente profesional revisor independiente (IPRA) de su área y de su cobertura médica:  
debe proveerlo el hospital

\*Esta información se incluye ahora en este librito.

A los pacientes se les da una notificación de sus derechos sobre la admisión y el alta. A los pacientes de Medicare se les dará la “Notificación de admisión al hospital para los pacientes que tengan Medicare”, y a todos los otros pacientes se les dará “Un mensaje importante sobre sus derechos como paciente internado en un hospital”.

Ley de Salud Pública 2803 (1) (g) Revisión de alta

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) y 405.9 (b) (14) (ii)

A los pacientes (o representantes personales elegidos) se les proporciona una notificación de alta por escrito y una copia del plan de alta. A los pacientes (o sus representantes) se les debe dar la oportunidad de firmar los documentos y recibir una copia de los documentos firmados.

10NYCRR, 405.9 (g) (1) y 405.9 (g) (3) (i)

# Notificación de admisión para pacientes

## **Usted tiene los siguientes derechos según lo establece la ley del estado de Nueva York:**

Antes de que le den el alta, usted debe recibir un plan de alta por escrito. Usted o su representante tienen el derecho de participar en la planificación del alta.

Su plan de alta por escrito debe describir los arreglos para el futuro cuidado médico que pueda necesitar luego de que le den el alta. Puede que no le den el alta hasta que le aseguren o determinen que los servicios que se requieren en su plan escrito de alta estén razonablemente disponibles.

Si usted no está de acuerdo con el plan de alta o cree que los servicios no se encuentran disponibles, puede llamar al Departamento de Salud del estado de Nueva York para que investiguen su queja y la seguridad de su alta. El hospital le debe proporcionar el número de teléfono del Departamento de Salud del estado.

Para obtener información importante sobre sus derechos como paciente de Medicare, vea “Un mensaje importante de Medicare,” en la siguiente página.

A los pacientes se les da una notificación de sus derechos relacionados con la admisión y el alta. A los pacientes de Medicare se les dará una “Notificación de admisión al hospital para pacientes que tienen Medicare”, y a todos los otros pacientes se les dará “Un mensaje importante sobre sus derechos como paciente internado en un hospital”

Ley de Salud Pública 2803 (1) (g) Revisión de alta

10NYCRR 405.9 (b) (14) (i) y 405.9 (b) (14) (ii)

# Mensaje importante de Medicare

## SUS DERECHOS COMO PACIENTE EN UN HOSPITAL

- Usted tiene derecho a recibir los servicios de hospital necesarios cubiertos por Medicare o por su Plan de Seguro de Medicare ("su Plan"), si está inscrito en un Plan.
- Usted tiene derecho a estar al tanto de cualquier decisión que el hospital, su médico, su Plan, o cualquier otra persona tome sobre su estadía en el hospital y quién pagará por la misma.
- Su médico, su Plan, o el hospital debería hacer los arreglos de los servicios que necesitará después de salir del hospital. Medicare o su Plan podría cubrir algunos de los cuidados en el hogar (cuidado de salud en el hogar) y otros tipos de cuidado si lo ordena su médico o su Plan. Usted tiene derecho a saber sobre estos servicios, quién va a pagar por ellos y dónde puede recibirlos. Si tiene alguna pregunta, hable con su médico o su Plan, o hable con otro personal del hospital.

---

## INFORMACIÓN SOBRE SU SALIDA DEL HOSPITAL Y DERECHOS DE APELACIÓN

**Fecha de Alta:** Cuando su médico o Plan determine que puede ser dado de alta del hospital, le informarán la fecha planificada para su alta. Usted podría apelar si considera que le están pidiendo que salga del hospital antes de tiempo. Si permanece en el hospital después de la fecha para la cual está programada su alta, es probable que Medicare o su Plan no cubran los días adicionales que permanezca en el hospital.

**Su Derecho a una Apelación Inmediata sin Riesgos Financieros:** Cuando le informen la fecha para la cual está planificada su alta del hospital, si usted considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo, tiene derecho a apelar a su *Organización Para el Mejoramiento de la Calidad* (conocida como QIO, por sus siglas en inglés). La QIO cuenta con la autorización de Medicare para proveerle una segunda opinión sobre si usted está preparado o no para salir del hospital. Puede llamar gratis, 24 horas al día al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY/TTD: 1-877-486-2048 para obtener más información sobre como pedir una segunda opinión a la QIO. Si usted apela a la QIO antes del mediodía del día después de que reciba el aviso de no cobertura, usted no será responsable por los costos por los días que se quedó en el hospital mientras la QIO hace la revisión, aún si la QIO no está de acuerdo con usted. La QIO tomará una decisión en un día, después de que reciba la información necesaria.

**Otros Derechos de Apelación:** Si usted no cumple con la fecha límite para solicitar una apelación inmediata, aún podría solicitar una revisión de la QIO (o por su Plan, si está inscrito en un Plan) antes de salir del hospital. Sin embargo, tendrá que pagar el costo por los días adicionales en el hospital, si la QIO (o su Plan) deniega su apelación. Podría solicitar esta revisión a la dirección o número de teléfono de la QIO o su Plan.

# Planificación para su tratamiento médico

## Su derecho a decidir acerca de su tratamiento

Los adultos en el estado de Nueva York tienen el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico, incluso el tratamiento de mantenimiento de vida. Nuestra constitución y las leyes estatales protegen este derecho. Esto significa que usted tiene el derecho de solicitar o consentir el tratamiento, o rechazarlo antes de que comience o a que el tratamiento se interrumpa una vez que se ha empezado.

## Planificación anticipada

A veces, debido a una enfermedad o lesión, la gente no puede hablar con un doctor y decidir acerca del tratamiento para ellos. Usted puede querer planificarlo por adelantado para asegurarse de que los deseos sobre el tratamiento se cumplan si usted no puede decidir por sí mismo durante un corto o largo plazo. Si usted no planifica por adelantado, los miembros de familia u otra persona cercana a usted pueden no estar autorizados para tomar decisiones por usted y cumplir sus deseos.

En el estado de Nueva York, designar a alguien en quien confía para decidir sobre su tratamiento si usted está incapacitado para decidir por usted mismo es la mejor forma de proteger sus deseos y preocupaciones sobre su tratamiento. Usted tiene el derecho de designar a alguien si completa un formulario llamado Poder para la Atención Médica. Una copia del formulario y la información acerca del Poder para la atención médica se encuentran disponibles en esta publicación y se pueden imprimir directamente del sitio web del Departamento de Salud en [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us) y haga clic en Información para consumidores.

Si usted no tiene a nadie a quién designar para que tome decisiones por usted, o no quiere designar a nadie, usted también puede dar instrucciones específicas por adelantado acerca de su tratamiento. Estas instrucciones pueden ser por escrito, y a menudo se las llama documento de voluntades anticipadas.

Usted debería comprender las instrucciones generales acerca de rechazar tratamiento, pueden no tener efecto, aunque estén expresadas por escrito. Sus instrucciones pueden cubrir de forma clara y convincente las decisiones que se deben tomar acerca del tratamiento. Por ejemplo, si usted escribe que no quiere “medidas heroicas”, las instrucciones pueden no ser suficientemente específicas. Usted debería decir el tipo de tratamiento que no quiere, como un respirador o quimioterapia, y describir el problema médico cuando rechace el tratamiento, como cuando usted es un enfermo terminal o está inconsciente de forma permanente sin esperanza de recuperarse. Usted también puede dar instrucciones en forma oral si habla sobre lo que desea con respecto al tratamiento con su doctor, miembros de su familia u otras personas cercanas.

Es más seguro poner las cosas por escrito que simplemente decírselo a la gente, pero ningún método es tan efectivo como designar a alguien que decida por usted. A menudo es difícil para la gente saber por adelantado lo que les va a suceder o cuáles serán sus necesidades médicas en el futuro. Si usted elige alguien que tome decisiones por usted, esa persona puede hablar con su doctor y tomar decisiones que ellos creen serían las que usted hubiese tomado o las que son mejores para usted, cuando sea necesario. Si usted designa a alguien y además deja instrucciones sobre el tratamiento en los documentos de

voluntades anticipadas, en el espacio que aparece en el mismo formulario de Poder para la atención médica, o de alguna otra manera, la persona que elija puede utilizar estas instrucciones como guía para tomar las decisiones correctas para usted.

## **Decidir sobre la resucitación cardiopulmonar (CPR)**

Su derecho de decidir sobre el tratamiento también incluye el derecho de decidir acerca de la resucitación cardiopulmonar (CPR). CPR es un tratamiento de emergencia para reanimar al corazón y los pulmones cuando su respiración y circulación paran.

A veces, los doctores y los pacientes deciden por adelantado si no se debería suministrar CPR, y el doctor le da al personal médico la orden de no resucitar (DNR). Si su problema físico o mental no le permite decidir acerca de la CPR, alguien que usted designe, los miembros de su familia u otras personas cercanas a usted pueden decidirlo.

A los pacientes se les suministra la descripción de la ley estatal preparada por el Departamento de Salud del estado que se llama “Planificación anticipada de su tratamiento médico”; la publicación, “Designar un agente de atención médica—Ley de Apoderados del estado de Nueva York,” que contiene una muestra (que se puede usar) del formulario de poder para la atención médica; y un resumen de la política del hospital en cuanto a la implementación de estos derechos.

10NYCRR, 400.21 (d) (1) (i, ii, iii)

# Decidir acerca de la resucitación cardiopulmonar (CPR): Instrucciones de no resucitar (DNR)

## Guía para pacientes y familias

### ¿Qué significan las instrucciones de CPR y DNR?

CPR — resucitación cardiopulmonar — se refiere a los procedimientos médicos que se utilizan para reanimar el corazón y la respiración del paciente cuando éste sufre un paro cardíaco. CPR puede incluir esfuerzos simples como resucitación boca a boca y compresión externa en el pecho. La CPR avanzada pueden incluir choques eléctricos, inserción de un tubo para abrir las vías respiratorias, una inyección de medicación en el corazón y en casos extremos, abrir el pecho para hacer masajes cardíacos.

Un pedido de no resucitar le dice a los profesionales médicos que no realicen CPR. Esto significa que los doctores, enfermeras y personal médico de emergencia no intentarán CPR de emergencia si el paciente deja de respirar o su corazón deja de latir.

Las instrucciones de DNR pueden hacerse por escrito para pacientes que se encuentren en un hospital o una residencia de ancianos, o para pacientes que están en su domicilio. Las instrucciones de DNR del hospital le dicen al personal médico que no resuciten al paciente si hay un paro cardíaco. Si el paciente se encuentra en una residencia de ancianos o en su domicilio, un pedido de DNR le dice al personal médico y de emergencia y que no realicen resucitación de emergencia y no transfieran al paciente a un hospital para que se le realicen CPR.

### ¿Por qué se emiten pedidos de DNR?

La CPR, cuando tienen éxito, restablece el latido cardíaco y la respiración y permite al paciente retomar el estilo de vida que tenía antes. El éxito de la CPR depende de la condición médica general del paciente. La edad por sí sola no determina si la CPR va a ser exitosa, aunque las enfermedades y fragilidades que conllevan la edad, hacen que, a menudo, las maniobras de CPR sean menos exitosas.

Cuando los pacientes tienen enfermedades graves o terminales, es posible que la CPR no funcione o funcione parcialmente, dejando al paciente con daños cerebrales o en un estado médico peor al que tenía antes de que le dejara de latir el corazón. En estos casos, algunos pacientes prefieren que no se les realicen maniobras de resucitación con esfuerzos muy agresivos.

### ¿Puedo solicitar un pedido de DNR?

Sí. Todos los pacientes adultos pueden solicitar un pedido de DNR. Si usted está enfermo o no puede decirle a su doctor que usted quiere dar instrucciones de DNR por escrito, un miembro de su familia o algún amigo cercano puede decidirlo por usted.

¿Es mi derecho solicitar o recibir otro tratamiento afectado por el pedido de DNR?

No. Un pedido de DNR es sólo una decisión acerca de las maniobras de CPR y no se relaciona con ningún otro tratamiento.

### ¿Los pedidos de DNR son aceptables en términos de ética?

Está ampliamente reconocido por los profesionales médicos, el clérigo, abogados y otras personas que las instrucciones de DNR son médica y éticamente adecuadas bajo ciertas circunstancias. Para algunos pacientes, las maniobras de CPR ofrecen más inconvenientes que beneficios, y puede ir en contra de los deseos del paciente.

### ¿Se requiere mi consentimiento para un pedido de DNR?

Su doctor debe hablar con usted antes de hacer un pedido de DNR para determinar si usted está capacitado para decidir, a menos que su doctor crea que el hablar sobre CPR con usted le causaría un daño grave. En una emergencia, se supone que todos los pacientes deberían consentir las maniobras de CPR. Sin embargo, si un doctor decide que las maniobras de CPR no funcionarán, no se suministran.

## **¿Cómo puedo hacer que se conozcan mis deseos acerca de DNR?**

Durante la hospitalización, un paciente adulto puede consentir el pedido de DNR en forma oral o por escrito, si hay dos testigos adultos presentes. Cuando el consentimiento se da en forma oral, uno de los testigos debe ser un médico del hospital. Antes de la hospitalización, el consentimiento debe darse por escrito en presencia de dos testigos adultos. Además, la Ley de Apoderados para la atención médica le permite designar a alguien en quien confía para que tome decisiones sobre CPR y otros tratamientos si usted no puede hacerlo por sí mismo.

Antes de decidir acerca de la CPR, usted debería hablar con su doctor acerca de su salud general y los beneficios e inconvenientes que el CPR le traería. Mantener una charla extensa y anticipada entre usted y su doctor le asegurará que se conozcan sus deseos.

## **Si solicito un pedido de DNR, ¿mi doctor debe respetar mis deseos?**

Si usted no quiere CPR y solicita un pedido de DNR, su doctor debe cumplir sus deseos o:

- transferir su cuidado a otro doctor que cumpla sus deseos; o
- comenzar un proceso para arreglar la disputa si usted se encuentra en un hospital o residencia de ancianos.

Si la disputa no se resuelve dentro de las 72 horas, su doctor debe cumplir con el pedido o transferirlo al cuidado de otro doctor.

## **Si estoy imposibilitado de decidir sobre mi CPR, ¿quién va a decidir?**

Primero, dos doctores deben determinar que usted no puede decidir sobre las maniobras de CPR. Se le comunicará esta determinación y usted tendrá derecho a objetarlo.

Si usted no puede decidir acerca de la CPR, y usted no le contó sus deseos con anticipación a su doctor o a otros, se puede escribir un pedido de DNR con el consentimiento de la personas que figura primera en la siguiente lista:

- su agente de atención médica — la persona que usted eligió para que tome las decisiones médicas según lo establece la Ley de Apoderados para la atención médica de Nueva York (si usted ha elegido alguno);
- un tutor elegido por el tribunal (si hay alguno);
- su familiar más cercano (cónyuge, hijo, padre, hermano);
- un amigo cercano.

## **¿Cómo puedo designar a alguien para que decida por mí?**

La Ley de Apoderados para la atención médica le permite a los adultos seleccionar a alguien en quien confían para que tomen decisiones sobre el cuidado médico por ellos cuando están imposibilitados de hacerlo por ellos mismos, incluso decisiones acerca de la CPR. Usted puede nombrar a alguien si completa un formulario de poder para la atención médica. (Ver página 33 para el Formulario de Apoderados).

## **¿Bajo qué circunstancias puede un miembro de la familia o amigo cercano decidir que se escriba un pedido de DNR?**

Un miembro de la familia o amigo cercano puede autorizar a que se presente un pedido de DNR sólo si usted está imposibilitado para hacerlo y si usted no ha elegido un agente de atención médica. El miembro de su familia o un amigo cercano puede autorizar un pedido de DNR cuando:

- usted tiene una enfermedad terminal; o
- está en estado de inconsciencia permanente; o
- las maniobras de CPR no funcionarían (serían inútiles medicamente); o
- CPR le impondría una inconveniencia extraordinaria dado su estado de salud y el resultado esperado de CPR.

Cualquier persona que decida por usted debe basar la decisión en sus deseos, incluso en creencias religiosas y morales, o si no se conocen sus deseos, en lo mejor para usted.

## **¿Qué sucede si los miembros de mi familia no están de acuerdo?**

En un hospital o residencia de ancianos, su familia puede solicitar que se medie el desacuerdo. Su doctor puede solicitar una mediación si se entera de que hay un desacuerdo entre los miembros de su familia.

## **¿Qué sucede si pierdo la capacidad para tomar decisiones sobre CPR y no tengo a nadie que decida por mí?**

Se puede hacer un pedido de DNR por escrito si dos doctores deciden que las maniobras de CPR no funcionarían o si el tribunal aprueba el pedido de DNR. Sería mejor si usted pudiera hablar con anticipación con su doctor sobre sus deseos relacionados con CPR.

## **¿Quién autoriza el pedido de DNR para niños?**

Se puede presentar un pedido de DNR para un niño con la autorización de los padres o el tutor. Si el niño tiene edad suficiente como para entender y decidir sobre CPR, también se necesitará la autorización del niño para el pedido de DNR.

## **¿Qué sucede si cambio de opinión luego de que se ha escrito el pedido de DNR?**

Usted o cualquier persona que autoriza el pedido de DNR puede revocar la autorización comunicando la decisión al doctor, a las enfermeras u otras personas.

## **¿Qué sucede con el pedido de DNR si me transfieren de una residencia de ancianos a un hospital o viceversa?**

El pedido de DNR continuará hasta que un doctor lo revise y decida si el pedido debería permanecer o cancelarse. Si el doctor decide cancelar el pedido de DNR, se le comunicará a usted o a cualquier persona que haya decidido por usted y puede solicitar que se presente el pedido de DNR otra vez.

Si estoy en mi domicilio con un pedido de DNR no hospitalario, ¿qué sucede si un miembro de mi familia o un amigo entra en pánico y llama a una ambulancia para que me resuciten?

Si usted tiene instrucciones de DNR no hospitalarias y los miembros de su familia se lo muestran al personal de emergencia, no van a tratar de resucitarlo ni de llevarlo a la sala de emergencia para realizarle maniobras de CPR.

## **¿Qué le sucede a mis instrucciones de DNR si me transfieren a un hospital o residencia de ancianos a mi domicilio?**

Las instrucciones que usted presentó en un hospital o en una residencia para ancianos no serán vigentes en el domicilio. Usted, su agente de atención médica o algún miembro de su familia deben solicitar específicamente una autorización no hospitalaria. Si usted deja un hospital o una residencia de ancianos sin un pedido de DNR no hospitalario, un doctor puede emitir un pedido de DNR para usted en su domicilio.

A los pacientes se les suministra la información desarrollada por el Departamento de Salud del estado que indica la Ley de No Resucitar (DNR). También debe proporcionarse a cada miembro del personal del hospital que participe de los cuidados médicos, y debe colgarse en un lugar público en cada hospital.

Ley de Autodeterminación del Paciente en OBRA '90 corrigiendo 1902 (a) (58) de la Ley de Seguridad Social

Ley de Salud Pública 2979

# Poder para la atención médica

---

## *Designar un agente para la atención médica en el estado de Nueva*

*La Ley de Apoderados para la atención médica de Nueva York le permite designar alguien en quien confía — por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo cercano — para tomar decisiones por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Al designar un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que los profesionales médicos respeten sus deseos. Su agente puede decidir también cómo se pueden aplicar sus deseos a medida que su enfermedad cambie. Los hospitales, doctores y otros profesionales médicos deben seguir las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted puede darle a la persona a la que escoge como su agente de atención médica, poca o mucha autoridad, como lo prefiera usted. Usted puede permitir a su gente tomar las decisiones sobre su atención médica o sólo unas determinadas. Usted también puede dar a su agente instrucciones que él o ella tiene que seguir. Este formulario se puede utilizar para documentar sus deseos o instrucciones con relación a la donación de órganos o tejidos.*

# Acerca del formulario para el poder de la atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, usted debería comprender los siguientes hechos:

1. Este formulario da a la persona que usted escoge como su agente, la autoridad de tomar todas las decisiones de su atención médica por usted, incluso la decisión de sacar o dar tratamiento de mantenimiento de vida, a menos que usted lo indique de otra forma en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad mental o física.
2. A menos que su agente sepa sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas por el tubo de alimentación o línea intravenosa), a él o ella no se le permitirá rechazar o autorizar esas medidas por usted.
3. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando su doctor determine que usted no está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su atención médica por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario, ejemplos de tipos de tratamientos que no le gustaría que le hicieran o aquellos tratamientos que usted quiere asegurarse de que recibirá. Estas instrucciones pueden usarse para limitar el poder de decisión del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones cuando tome las decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado cuando complete este formulario.
6. Usted debe elegir un adulto (18 años o más), que puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano para que sea su agente. Si usted elige un doctor para que sea su agente, él o ella, tendrá que escoger entre ser su agente o el médico que lo atiende porque un doctor no puede hacer las dos cosas a la misma vez. También, si usted es un paciente o residente de un hospital, residencia para ancianos o institución mental, hay ciertas restricciones acerca de nombrar a alguien que trabaja para esa institución como su agente. Pregúntele al personal de esa institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de elegir a alguien como su agente de atención médica, hablelo con él o ella para asegurarse de que quiere ser su agente de atención médica. Dígale a la persona que elija que él o ella va a ser su agente de atención médica. Hablen de sus deseos sobre el cuidado médico y este formulario con su agente. Asegúrese de darle una copia firmada. A su agente no se lo puede demandar por las decisiones que toma en cuanto a sus cuidados médicos si lo hace de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su agente de cuidados médicos, y luego se divorcia o se separa legalmente, su anterior cónyuge no puede ser su agente según lo indica la ley, a menos que usted determine otra cosa. Si usted prefiere que su ex cónyuge siga siendo su agente, puede anotarlo en este formulario y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.
9. A pesar de que usted ha firmado este formulario, usted tiene el derecho de tomar las decisiones relacionadas con los cuidados médicos con la condición de que así pueda hacerlo, y no se le puede administrar o interrumpir un tratamiento si usted lo objeta, ni tampoco su agente tiene poder para objetarlo.
10. Usted puede cancelar la autoridad dada a su agente diciéndole al profesional médico oralmente o por escrito.
11. La designación de un agente es voluntaria. A nadie se le requiere nombrar a alguien.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones relacionados con la donación de órganos o tejidos en este formulario.

# Preguntas frecuentes

## **¿Por qué debería elegir un agente para la atención médica?**

Si usted está impedido, aún en forma temporal, para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica, alguien debe decidirlo por usted. Los profesionales médicos a menudo buscan a los familiares como guías. Los miembros de la familia pueden expresar que ellos creen que su voluntad está relacionada con un tratamiento específico. Sin embargo, en el estado de Nueva York, sólo un agente de atención médica que usted elige tiene la autoridad legal de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, si usted no puede hacerlo. La designación de un agente le permite controlar su tratamiento médico:

- al permitirle a su agente a que tome las decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre como a usted le gustaría que lo decidieran;
- al elegir una persona para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica porque usted piensa que la persona tomaría las mejores decisiones;
- al elegir una persona para evitar conflictos o confusiones entre los miembros de su familia o su pareja.

Usted también puede elegir un agente suplente para hacerse cargo si su primera opción no puede tomar decisiones por usted.

## **¿Quién puede ser un agente para la atención médica?**

Cualquier persona de 18 años o mayor puede ser su agente de atención médica. La persona que usted elige como su agente o su agente suplente no pueden firmar como testigos en el formulario de Apoderados para la atención médica.

## **¿Cómo elijo un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, de 18 años o mayores, pueden elegir un agente de atención médica al firmar un formulario llamado Poder para la Atención Médica. Usted no necesita un abogado o notario, sólo dos testigos adultos. Su agente no puede firmar como un testigo. Usted puede usar el formulario impreso aquí pero no tiene que usarlo.

## **¿Cuándo puede mi agente empezar a tomar decisiones relacionadas con la atención médica por mí?**

Su agente de atención médica podría comenzar a tomar decisiones sobre su atención médica después de que su doctor decida que usted no puede tomar sus propias decisiones. Mientras usted pueda tomar estas decisiones, usted tendrá el derecho de hacerlo.

## **¿Qué decisiones puede tomar mi agente de atención médica?**

A menos que limite la autoridad de su agente de atención médica, su agente puede tomar cualquier decisión relacionada con su atención médica si usted no puede hacerlo. Su agente puede estar de acuerdo que usted debería recibir tratamiento, elige entre distintos tipos de tratamientos y decide qué tratamientos no se le deberían suministrar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente sólo puede tomar decisiones acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministrada por un tubo de alimentación o línea intravenosa) si él o ella sabe sus deseos según lo que usted le dijo o ha escrito. El formulario de Poder para la Atención Médica no le da a su agente el poder de tomar decisiones no relacionadas con su atención médica, por usted, como decisiones financieras.

## **¿Por qué necesito designar un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

La designación de un agente de atención médica es una buena idea a pesar de que usted no sea anciano ni tenga una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en nombre suyo si usted no puede tomar sus propias decisiones sobre su cuidados médicos por un tiempo (como por ejemplo si le ocurriera estar con anestesia general o entrado en coma debido a un accidente). Cuando usted pueda volver a tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica, su agente no tendrá más autorización para actuar en su nombre.

## Preguntas frecuentes, *continuación*

usted debería hablar con la persona acerca de los tipos de tratamientos que a usted le gustaría o no tener en ciertas circunstancias, como:

- si usted quiere o no que le desconecten/conecten/ el respirador si está en coma irreversible;
- si usted quiere que le comiencen/continúen/ interrumpan tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si le gustaría que lo pongan o mantengan con hidratación y nutrición artificiales o que se continúe o interrumpa según los distintos tipos de circunstancias.

### **¿Mi agente de atención médica puede cambiar mis deseos o instrucciones de tratamiento anteriores?**

No. Su agente está obligado a tomar las decisiones en base a sus deseos. Si usted expresa claramente sus deseos específicos, o le dio instrucciones especiales sobre algún tratamiento, su agente tiene la obligación de seguir esos deseos o instrucciones a menos que él o ella tenga una base de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o no son aplicables a estas circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, residencias de ancianos, doctores y otros profesionales médicos, están obligados por ley a proporcionarle a su agente de atención médica, la misma información que le darían a usted y respetar las decisiones de su agente como si las hubiera tomado usted. Si un hospital o residencia de ancianos objeta algunas de las opciones de tratamiento (como interrumpir cierto tipo de tratamiento) ellos deben decírselo a usted o a su agente ANTES de que lo internen, si es posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deben tomar decisiones?**

Usted puede elegir un agente suplente que decida por usted si su agente de atención médica no está disponible, o no puede hacerlo o no quiere actuar cuando se necesita tomar decisiones. Si este no es el caso, los profesionales médicos tendrán que tomar las decisiones relacionadas con su atención médica por usted para seguir las instrucciones que

usted dio cuando todavía podía hacerlo. Cualquier instrucción que escriba en el formulario de Poder para la Atención Médica guiará a los profesionales médicos en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar su Poder para la Atención Médica, para cambiar la persona que ha elegido como su agente de atención médica o para cambiar algunas instrucciones o limitaciones que aparecen en el formulario. Simplemente complete un formulario nuevo. Además, usted puede indicar en el Poder para la Atención Médica si vence en una fecha determinada o si suceden ciertos hechos. Si esto no ocurre, el Poder para la Atención Médica tiene validez indefinida. Si usted elige a su cónyuge como suplente, y se divorcia o se separa legalmente, la designación se cancela automáticamente. Sin embargo, si a usted le gustaría que su ex cónyuge siga siendo su agente, usted puede anotarlo en el formulario actual y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.

### **¿Mi agente de atención médica puede ser responsable legalmente por las decisiones que tome en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no puede ser responsable legal por decisiones que tome con relación a su atención médica si lo ha hecho de buena fe en su nombre. También, él o ella no puede ser responsable por los costos de su cuidados médicos, sólo porque sea su agente.

### **¿El Poder de atención médica es el mismo que el de las instrucciones para no prolongar la vida?**

No. Las instrucciones para no prolongar la vida es un documento que proporciona instrucciones específicas sobre las decisiones sobre la atención médica. Usted puede poner esas instrucciones en el formulario de poder. Este Poder le permite elegir a alguien en quien confía para que tome decisiones médicas en su nombre. A diferencia de las instrucciones para no prolongar la vida, el Poder de Atención Médica no requiere que usted sepa por adelantado todas las decisiones que podrían

## Preguntas frecuentes, *continuación*

sucedier. En cambio, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambien y puede tomar decisiones que usted no podría haber sabido que habría tomado.

### **¿Dónde debería guardar el formulario de Poder para la atención médica luego de que se firma?**

Déle una copia a su agente, su doctor, su abogado y cualquier miembro de su familia o amigo cercano que usted quiera. Guarde una copia en su cartera o billetera o con otros papeles importante, pero no en un lugar al que nadie tenga acceso, como una caja fuerte. Tenga una copia con usted cuando lo internen en el hospital, aún para una cirugía menor, o si tiene una cirugía ambulatoria.

### **¿Puedo usar el formulario de Poder para la Atención Médica para expresar mis deseos acerca de la donación de órganos o tejidos?**

Sí. Use la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de Poder para la Atención Médica y asegúrese de que haya tenido dos testigos. Puede especificar que sus órganos y tejidos se pueden utilizar para transplante, investigación o propósitos educativos. Cualquier limitación(es) asociadas con sus deseos deberían anotarse en esta sección de poder. No incluir sus deseos e instrucciones en el formulario de Poder

para la Atención Médica no significará que se va a entender como que usted no quiere ser un donante de órganos o tejidos.

### **¿Mi agente de atención médica puede tomar decisiones por mí acerca de la donación de órganos y tejidos?**

No. El poder de un agente de atención médica para tomar decisiones médicas en nombre de otros termina con la muerte. Anotar sus deseos en el formulario de Poder para la Atención Médica le permite establecer claramente sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos.

### **¿Quién autoriza a una donación si eligo no determinar mis deseos en este momento?**

Es importante que anote sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos para que los miembros de su familia a los que se les va a preguntar sobre la donación, sepan su voluntad. Sin embargo, la Ley de Nueva York proporciona una lista de personas que están autorizadas para consentir la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están en lista en orden de prioridad: su cónyuge, una hija o hijo de 18 años o mayor, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un curador elegido por el tribunal antes de la muerte del donante, o cualquier persona autorizada legalmente.

# Instrucciones para el formulario de Apoderados para la Atención Médica

## **Punto (1)**

Escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está eligiendo como su agente.

## **Punto (2)**

Si usted quiere elegir un agente suplente, escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está seleccionando como su agente suplente.

## **Punto (3)**

Su Poder para la Atención Médica tendrá validez indeterminada a menos que usted establezca una fecha de vencimiento o condición para su vencimiento. Esta sección es opcional y se debería presentar sólo si usted quiere que su Poder para la Atención Médica venza.

## **Punto (4)**

Si usted tiene instrucciones para su agente, escríbalas aquí. Además, si usted desea limitar la autoridad de su agente de alguna forma, puede hacerlo aquí o hablarlo con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, se le permitirá a su agente que tome las decisiones relacionadas con su salud que usted podría haber tomado, incluso la decisión de autorizar o rechazar tratamiento para el mantenimiento de la vida.

Si usted quiere darle amplia autoridad a su agente, puede hacerlo mediante este formulario. Simplemente escriba: He hablado sobre mis deseos con mi agente de atención médica mi agente suplente y ellos conocen mis deseos, incluso aquellos que están relacionados con la nutrición y la hidratación artificiales.

Si usted desea dar instrucciones más específicas, podría decir:

*Si contraigo alguna enfermedad terminal, yo quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*Si estoy en coma o tengo poca capacidad para comprender, sin esperanzas de recuperarme, entonces quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamiento:....*

*Si tengo daño cerebral, o desarrollo alguna enfermedad en el cerebro que no me permite reconocer gente o hablar y no hay esperanzas de que mi estado mejore, yo quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamientos:....*

*He hablado con mi agente sobre mis deseos acerca \_\_\_\_\_ y quiero que mi agente tome todas las decisiones relacionadas con estas medidas.*

Aquí se enumeran los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales yo quiero dar instrucciones especiales a mi agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicación antipsicótica
- terapia de choques eléctricos
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- transplantes
- transfusiones sanguíneas
- abortos
- esterilización

## **Punto (5)**

Usted debe fechar y firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. Si usted no puede firmarlo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de poner su domicilio.

## **Punto (6)**

Usted puede establecer sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y tejidos en este formulario. Un agente de atención médica no puede tomar decisiones acerca de la donación de órganos y tejidos porque la autoridad de su agente termina cuando usted fallece. La ley permite que ciertas personas, en orden de prioridad, autoricen la donación de órganos y tejidos en su nombre: su cónyuge, un hijo o hija de 18 años o mayor, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un tutor nombrado por un juez antes del fallecimiento del donante u otra persona que tenga autorización legal.

## **Punto (7)**

Dos testigos mayores a 18 años deben firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. La persona que fue designada como su agente o agente suplente no pueden firmar como testigos.

# Poder para la atención médica

**(1) Yo,** \_\_\_\_\_

por la presente designo \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, excepto si lo limito de otra manera. Este poder tendrá vigencia sólo cuando y si no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones relacionadas con mi cuidados médicos.

**(2) Opcional: Agente suplente**

Si la persona que designo no se encuentra disponible, no quiere hacerlo o no puede actuar como mi agente de atención médica, por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre, excepto si las limito de otra manera.

**(3)** A menos que revoque este poder o que establezca una fecha de vencimiento o circunstancias en las cuales pueda vencer, el mismo tendrá vigencia indeterminada. (Opcional: si quiere que venza este poder, determine la fecha y las condiciones aquí). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Instruyo a mi agente de atención médica que tome decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indica debajo. (Si usted quiere limitar la autoridad de su agente en la toma de decisiones o quiere darle instrucciones específicas, usted puede determinar sus deseos o limitaciones aquí). Yo instruyo a mi agente de atención médica para que tome decisiones sobre mi salud de acuerdo con las siguientes instrucciones y/o limitaciones (adjunte más páginas si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que su agente pueda tomar decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación o intravenosa), su agente debe saber sus deseos. Usted puede decirle a su agente cuáles son sus deseos o puede incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones para la muestra de idiomas que puede utilizar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluso sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(por favor escriba con letra de imprenta)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su domicilio \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos y tejidos**

Por medio de la presente dono una pieza anatómica, vigente a partir del momento de mi fallecimiento:  
(marque todo lo que corresponda)

Todos los órganos y tejidos que se necesiten

Los siguientes órganos y tejidos \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no determina sus deseos o instrucciones con relación a la donación de órganos y tejidos en este formulario, no significará que usted no desea hacer una donación o que no se le permitirá a una persona, que está autorizada por la ley, a consentir la donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** *(los testigos deben tener 18 años o mayores y no pueden ser ni su agente de atención médica ni su agente suplente).*

Yo declaro que conozco personalmente a la persona que firma este documento y que parece estar con todas sus facultades mentales y actúa por propia voluntad. Él o ella firma este documento en mi presencia (o le pide a otra persona que firme por ella o por él).

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 1  
*(escriba con letra clara)* \_\_\_\_\_ Nombre del testigo 2  
*(escriba con letra clara)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Estado de Nueva York  
George E. Pataki, Gobernador  
Departamento de Salud  
Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr.P.H., Comisionado

# Sistema cooperativo de investigación y planificación estatal (SPARCS)

Esto es para notificar a todos los pacientes de hospitales que el Departamento de Salud del estado de Nueva York ha desarrollado un sistema estatal de datos conocido como Sistema cooperativo de investigación y planificación estatal (SPARCS, por sus siglas en inglés) y que todos los hospitales de cuidados agudos tienen que entregar a SPARCS cierta información de facturación y de expedientes médicos sobre todos los pacientes. Esta información en SPARCS se utilizará para estudios financieros, establecer honorarios, revisiones de utilización de servicios, planificación de salud, epidemiología y estudios de investigación.

Por favor, esté seguro que bajo este programa:

1. El Departamento de Salud del estado de Nueva York no recibirá el nombre de los pacientes o cualquier información que permita identificar al paciente dentro del sistema SPARCS.
2. Las regulaciones que han entrado en vigencia protegen la privacidad y confidencialidad del paciente a través del acceso restringido a información sensible en SPARCS y asegurando la revisión de todas las solicitudes por parte de una junta independiente de revisión pública.
3. Otras regulaciones han entrado en vigencia para controlar el acceso a SPARCS y para proporcionar seguridad física a los datos de SPARCS.

4. SPARCS no está diseñado para identificar pacientes específicos; sino que está estructurado para suministrar información o patrones de enfermedades y costos de los servicios médicos en los hospitales.

Se requiere que este hospital entregue datos de facturación y la historia clínica del paciente al Departamento de Salud según lo indica la Sección 400.18 del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, Sección 10 (Salud) de LA RECOPIACIÓN OFICIAL DE LOS CÓDIGOS, REGLAS Y REGULACIONES DEL ESTADO DE NUEVA YORK. La privacidad, confidencialidad y seguridad de la información que se proporciona está protegida según la Sección 400.18(e) del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, Sección 10 (Salud) de LA COMPILACIÓN OFICIAL DE CÓDIGOS, REGLAS Y REGULACIONES DEL ESTADO DE NUEVA YORK.

Si necesita más información relacionada con SPARCS, por favor comuníquese con:

Coordinador  
Statewide Planning and Research  
Cooperative System  
New York State Department of Health  
733 Broadway  
Albany, New York 12237-0023

Los hospitales deben suministrarle a los pacientes una carta de notificación del Departamento de Salud del estado de Nueva York que se relaciona con el sistema de recolección de datos estatal conocido como SPARCS  
10NYCRR, 400.18 (b) (2) y (C) (2) (Carta de SPARCS)

# Información de maternidad

Los hospitales (y centros de nacimientos) deben proporcionar a las futuras pacientes de maternidad (en el momento de hacer la reservación) y al público en general, si se lo solicita, información escrita que incluye estadísticas específicas para los procedimientos y prácticas de cada hospital relacionados con la maternidad, cobertura de seguro, y sucesos del posparto.

Esta información escrita puede ayudarle a tener una mejor comprensión de lo que puede esperar, aprender más acerca de las elecciones de su parto, planear el nacimiento de su bebé y prepararse para la recuperación posparto. También le indicará fuentes adecuadas para obtener más información.

- **Las estadísticas específicas de hospitales** le darán los porcentajes relacionados con los partos y el uso de procedimientos especiales durante los nacimientos que se realizan en el hospital que usted escoja. También se le informará sobre prácticas especiales del hospital, que incluyen la disponibilidad de habitaciones de maternidad o reserva de habitaciones. Esta información está relacionada con la planificación de su experiencia de parto.
- **La cobertura de seguro de internación** en el estado de Nueva York se suministra para una madre y su recién nacido por lo menos durante las 48 horas posteriores al parto natural y al menos 96 horas posteriores a la cesárea. Además, cada hospital debe proporcionar educación, asistencia y entrenamiento a la paciente para amamantar o dar el biberón y cualquier evaluación clínica necesaria para la madre o para el recién nacido. Averigüe más detalles sobre la cobertura de maternidad en su

compañía de seguro médico .

- **La depresión posparto o tristeza de bebés** puede suceder después del parto. Su cuerpo ha sufrido cambios hormonales y físicos, que pueden dejarla sintiéndose triste, ansiosa, enojada, con cambios de humor y baja autoestima durante días o semanas después del parto. Esta tristeza es muy común y puede pasar con el tiempo. Su doctor puede sugerirle algunas formas de ayudarle a sentirse mejor. La depresión posparto es menos común (PPD, por sus siglas en inglés). Los síntomas son graves y pueden incluir sentimientos de desesperanza, gran ansiedad, problemas de alimentación, sentirse “descontrolada,” y pensamientos de dañarse a usted misma o al bebé. Comuníquese con el doctor en relación con estos síntomas, la PPD se puede tratar. Se debe comunicar con su doctor inmediatamente si se siente que se puede hacer daño a usted misma o a su bebé.
- **El síndrome de niño maltratado** se refiere a las lesiones que se producen cuando se sacude violentamente a un infante o niño. Los padres nuevos necesitan estar conscientes del peligro de sacudir a su bebé o niño pequeño. A menudo, una persona que está cuidando a un niño pierde el control y sacude a un bebé con la intención de hacer que el bebé pare de llorar. Habitualmente, no hay intención de dañar al niño, sólo de hacer que deje de llorar. El estrés de cuidar un recién nacido puede poner en riesgo a cualquier persona que cuida un bebé, incluso a sus padres, de sacudir a un bebé. Si necesita más información sobre el síndrome de niño maltratado, visite el sitio web del Departamento de Salud en [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us).

Los hospitales también deben (1) asegurarse de que haya clases disponibles de educación prenatal para partos para todas las mujeres que se registran; (2) distribuir literatura educativa para el cuidado del recién nacido; (3) suministrarle a todas las mujeres que se registraron una descripción escrita de las opciones de parto disponibles, servicios de posparto y trabajo de parto.

Ley de Salud Pública 2803-j Hoja informativa para pacientes de maternidad  
10NYCRR, 405.21 (c), 405.21 (c) (8)

# Notificación para pacientes de servicios prenatales y de maternidad

Esta notificación contiene información que le será valiosa si usted es víctima de violencia doméstica. Si usted es víctima de violencia doméstica debería pedir hablar con alguien acerca de su situación y se le dará la información de forma privada y confidencial. Se violarán sus derechos como paciente si el personal del hospital le pregunta si es una víctima de violencia doméstica en frente de una persona que la acompaña o algún miembro de la familia.

## ¿Su bebé y usted están seguros?

Usted podría no estarlo, si hay violencia doméstica en su vida. Aquí hay algunas preguntas para ayudarla a saber si alguien la está abusando:

## ¿Su pareja la lastima con palabras?

¿La insulta o la hace sentir que usted no vale nada?

## ¿La subestima delante de otra gente?

¿La lastima físicamente?

¿La empuja, cachetea, le pega, pateo, agarra del cuello o la maltrata?

¿La hace hacer cosas sexuales que no quiere hacer o la lastima durante la relación sexual?

¿Él está a cargo de todo?

¿Le dice a quién puede ver o con quién puede hablar y con quién no?

¿Él controla todo el dinero de la familia?

## ¿La asusta?

¿Pierde el control, se pone muy celoso o rompe cosas?

¿La amenaza con lastimarla a usted, a sus hijos, a las mascotas o a él mismo?

Las víctimas de abuso doméstico no siempre se las lastima físicamente. Si usted ha contestado “sí” a alguna de las preguntas

arriba, es posible que usted sea víctima de abuso. Usted o sus hijos podrían estar en peligro.

## Usted no está sola.

## Usted no tiene la culpa.

## Usted no merece que abusen de usted.

¿Sabía que la violencia doméstica a veces comienza o empeora durante el embarazo?

Y no es la única que se está lastimando:

- Una mujer a la que se abusa durante el embarazo tiene más probabilidades de perder el bebé, infecciones, hemorragias, anemia y otros problemas de salud. Estos pueden afectarla a usted y al bebé.
- Hay el doble de probabilidad de que tenga un bebé con peso debajo de lo normal.
- La mayoría de los hombres que le pegan a sus parejas también les pegan a sus hijos. Algunos también abusan sexualmente de niños.
- Los niños con padres que le pegan a sus madres pueden sufrir problemas de salud, problemas para dormir, enojo, culpa, miedos y ansiedad.
- Cada año, más de 1000 niños en los Estados Unidos mueren de lesiones causadas por sus padres, curadores u otros.

## **Usted y su bebé no merecen que se los trate de esta forma.**

## **Usted tiene el derecho a estar segura.**

## **Hay ayuda disponible.**

¿Qué tipo de ayuda necesita? Los servicios que se enumeran abajo se encuentran disponibles en la mayoría de las comunidades. Todo lo que usted diga es confidencial.

- **Líneas de ayuda:** un consejero hablará con usted por teléfono y le dará información, o sólo la escuchará. Ella o él también le dirán sobre lugares que están cerca de su casa para que llame o vaya para recibir más ayuda, so así lo quiere. Los números se pueden encontrar en la página 42.
- **Grupos de apoyo:** usted puede hablar con otras mujeres que han pasado por lo mismo que está pasando usted (grupo de apoyo). Le podría ayudar a sentirse menos sola y puede compartir ideas e información sobre la seguridad.
- **Servicios para niños:** muchos programas tienen apoyo y asesoría para niños para ayuarlos a comprender lo que les está pasando. Les da una oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- **Servicios de asesoramiento y otros servicios de apoyo:** alguien puede ayudarlo con el “sistema”. Esta persona es consejera de violencia doméstica. Los servicios de asesoramiento a menudo incluyen la ayuda a buscar asesoría legal, asesoramiento, servicios médicos, vivienda, un trabajo y servicios sociales.

- **La policía y los tribunales:** la policía puede ayudarlo de muchas formas, por ejemplo llevarla a usted y a sus niños a un lugar seguro en caso de emergencia. Los tribunales penales y de familia la pueden ayudar a librar un pedido de protección o decidir la custodia, visitas o manutención de los niños.
- **Refugios:** la mayoría de los condados tienen refugios y casas seguras donde usted y sus hijos pueden quedarse. Los refugios pueden ayudarle a obtener muchos de los servicios mencionados arriba.

Usted es importante.

Ninguna mujer merece que la abusen.

Nadie pide “que le pase”, y nadie debería vivir con miedo. Usted le debe a sus hijos -y a usted misma- mantenerlos seguros.

## **Usted no está sola.**

## **Hay ayuda disponible.**

### **Líneas de ayuda del estado de Nueva York**

Adult Domestic Violence:

(Violencia doméstica adulta)

(24 horas, 7 días por semana)

Inglés 1-800-942-6906

Español 1-800-942-6908

National Commiterr to Prevent Child

Abuse (Comité nacional para prevenir

el abuso de niños): 1-800-342-7472

Información para

la prevención y línea de ayuda para padres

Office of Children and Family

Services(Oficina para Servicios para niños y familias) 1-800-342-3720

Para reportar abuso a niños

Ley de Salud Pública 2803-p Liberación de información concerniente a la violencia familiar

# Violencia doméstica - Notificación de los derechos de la víctima

La notificación de los derechos de la víctima se preparó para informar a las víctimas de violencia familiar, sus derechos legales y soluciones disponibles según lo establece la ley. Si usted es víctima de violencia doméstica, se lo anima para que solicite hablar en privado con un trabajador social o alguien que la pueda ayudar. A usted se le debería entrevistar en privado, fuera del alcance de alguien que la acompañe. Sus derechos como paciente serían violados si el personal del hospital le pregunta si es una víctima de violencia doméstica delante de la pareja que la acompaña o un miembro de su familia.

## Si usted es víctima de violencia doméstica:

### La policía puede ayudarla a:

- llevarla a un lugar seguro lejos de la violencia.
- obtener información acerca de cómo los tribunales la pueden ayudar a protegerse de la violencia.
- obtener atención médica para las lesiones que usted o sus hijos puedan tener;
- obtener las pertenencias necesarias de su casa para usted y para sus hijos;
- obtener copias de los reportes policiales sobre la violencia;
- presentar una demanda en el tribunal penal, y decirle dónde se encuentran los tribunales penales y de familia en su zona.

### Los tribunales la pueden ayudar:

- Si la persona que la lastimó o amenazó es un miembro de la familia o alguien con quien tuvo un hijo, entonces, usted tiene el derecho de presentar su caso en los tribunales penales, el de familia o ambos.
- Si usted y la persona que abusó de usted no están relacionados, nunca estuvieron casados o no tienen hijos en común, entonces su caso sólo puede presentarse en un tribunal penal.
- Los formularios que necesita se encuentran disponibles en el tribunal penal o de familia.
- Los tribunales pueden decidir si suministran una orden de protección temporal para usted, sus hijos y cualquier testigo que así lo requiera.
- El tribunal de familia puede designar un abogado para que lo ayude en los tribunales si se descubre que usted no puede contratar uno.
- El tribunal de familia puede solicitar la manutención temporal de su hijo o la custodia temporal de sus hijos.

La Ley de Nueva York establece: “Si usted es víctima de violencia doméstica, puede solicitar que un oficial le ayude a velar por su seguridad y la de sus hijos, incluso dándole información sobre cómo obtener una orden de protección temporal. También puede solicitar que el oficial le ayude a obtener sus efectos personales esenciales y ubicarla y llevarla, o ayudarle a hacer arreglos para llevarla a usted y a sus hijos a un lugar seguro dentro de la jurisdicción de dicho oficial, incluyendo pero no limitando a un programa de violencia doméstica, o residencia de un amigo o algún miembro de la familia, o un lugar similar seguro. Cuando

la jurisdicción del oficial es más que un sólo condado, usted puede pedirle al oficial que la lleve o haga los arreglos para llevarla a usted y a sus hijos a un lugar seguro en el condado donde sucedió el hecho. Si usted o sus hijos necesitan tratamiento médico, tiene el derecho de pedirle al oficial que la ayude a obtener tal tratamiento médico. Usted puede solicitar a la comisaría una copia de los reportes del incidente sin costo alguno”.

“Usted tiene el derecho a hablar con un abogado que usted elija y si se presenta en el tribunal de familia y se determina que no puede contratar a un abogado, se debe elegir uno para que la represente sin costo alguno para usted. Usted puede pedirle al fiscal o a algún oficial que presente una demanda penal. Usted también tiene derecho a presentar un pedido en el tribunal de familia cuando se haya cometido un acto contra la familia. Usted tiene el derecho de que se presente su pedido y la orden de protección el mismo día que usted se presenta en el tribunal, y tal pedido debe tener lugar el mismo día o el día siguiente que el tribunal entra en sesión. Cualquier tribunal puede liberar una orden de protección que resulte de una conducta que constituya un delito de familia que puede incluir, entre otras disposiciones, una orden para el acusado o la parte que responde de permanecer lejos suyo y de sus hijos. El tribunal de familia también puede disponer el pago de manutención temporaria para sus hijos y le puede otorgar custodia temporaria de sus hijos. Si el tribunal de familia no está funcionando, usted puede buscar ayuda inmediata del tribunal penal para obtener una orden de protección. Los formularios que necesita para obtener esta orden de protección, se

encuentran en los tribunales de familia o penales locales. Los recursos disponibles en esta comunidad para información relacionada con la violencia doméstica, el tratamiento de lesiones, y lugares seguros y refugios se pueden acceder si se llama a los siguientes números 800. Presentar una demanda penal o un pedido al tribunal de familia con acusaciones que son falsas es un delito.”

**Busque ayuda ahora  
Manténganse a salvo  
Esté segura**

Llame:

1-800-942-6906 (inglés)  
(24 horas)

o

1-800-942-6908 (español)

o llame al Programa de violencia doméstica  
de su zona



Estado de Nueva York  
George E. Pataki, Gobernador

Departamento de Salud  
Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr.P.H., Comisionada